Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Über einen Fall von Amentia oder akutes, hallucinatorisches Irresein auf dem Boden geistiger und körperlicher Erschöpfung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Remstedt

aus Altona a/E.

Kiel 1910.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel.

Über einen Fall von Amentia oder akutes, hallucinatorisches Irresein auf dem Boden geistiger und körperlicher Erschöpfung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Remstedt

aus Altona a/E.

Kiel 1910.

Druck von H. Fiencke.

No. 2.

Rektoratsjahr 1910/1911.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0237

Psychosen entstehen vielfach auf dem Boden geschwächter, nicht normal widerstandsfähiger Gehirne.

Am häufigsten disponiert zur Entstehung von Psychosen sind Gehirne, die eine vererbt geringwertigere Widerstandskraft gegen irgend welche Insulte der Außenwelt besitzen und die, wenn sie betroffen werden, mit einer Psychose antworten, wo ein gesundes, normal widerstandsfähiges Gehirn entweder garnicht betroffen wäre oder vielleicht eine vorübergehende Reizung gezeigt hätte.

Eine zweite Gruppe von Psychosen entsteht bei Gehirnen, die durch Infektionskrankheiten oder Intoxikationen geschädigt und geschwächt wurden.

Diese beiden Gruppen von Psychosen zeigen wohl charakterisierte, in ihren psychischen und somatischen Erscheinungen in den Grundzügen übereinstimmende Krankheitsbilder, die allgemein anerkannt sind. Außerhalb dieser beiden Gruppen sind aber Psychosen beobachtet, wo keiner der drei erwähnten ätiologischen Faktoren in so überragendem Maße tätig war, daß er zur Erklärung der Entstehung der Psychose ausgereicht hätte, und wo man in der Vorgeschichte nur körperliche oder geistige Erschöpfung durch irgend welche äußeren Ursachen für Entwicklung der Krankheit verantwortlich machen konnte.

Auch für diese Gruppe von Psychosen hat man in der neueren Psychiatrie ein fest umrissenes Krankheitsbild gezeichnet und damit die Erschöpfungspsychose von anderen Psychosen abgetrennt und sie als Krankheit sui generis aufgestellt, die selbständig und unabhängig von den anderen neben ihnen besteht. Von den zahlreichen Namen, die

man dem neuen Krankheitsbild beilegte, scheinen zwei allgemeinere Geltung gewinnen zu wollen, nämlich die Bezeichnung der Psychose als »Amentia oder das akute hallucinatorische Irresein«.

Über das Krankheitsbild der Amentia selbst herrscht keine Einigkeit unter den Autoren; die einen ziehen den Begriff eng, die anderen weit.

Kraepelin (12) rechnet die Amentia mit den katatonischen Symptomen des Negativismus, der Katalepsie, der Befehlsautomatie zu den Verblödungsprozessen, speciell zur Dementia praecox. Andere Fälle von Amentia weist er dem circulären (manisch-depressiven) oder dem katatonischen Irresein zu. Er lehnt allerdings die Amentia als besonderes Krankheitsbild nicht absolut ab, hält sie aber für äußerst selten. Unter 1500 Fällen habe er nur 6 Fälle reiner Amentia, also nur ca. $^1/_2$ %, gefunden.

Auch Jahrmärker (10) sagt, zum mindesten sei die Amentia sehr selten. Er habe seine zuerst für Amentia angesprochenen Fälle jetzt ohne weiteres als Schübe einer katatonischen Verblödung oder als Anfälle eines manisch-depressiven Irreseins erkannt. Binswanger (2) stellt die Erschöpfungspsychosen mit den Erschöpfungsneurosen in Parallele. Die Krankheitsbilder zeigen nach ihm eine schleichende oder akute Entwicklung, je nach dem Erschöpfungszustand, aber auch je nach der Intensität der erschöpfenden Ursache. »Je langsamer die Entwicklung des Leidens vor sich geht, desto vorherrschender sind bei mäßigen Graden des Erschöpfungszustandes die Hemmungssymptome, bei tieferen Graden des Erschöpfungszustandes die Erschöpfungssymptome; je acuter das Leiden anfängt, desto ausgeprägter sind die Reizsymptome. Er kommt zu dem Resultat, die Erschöpfungspsychosen in drei Krankheitsbildern zu zeichnen, die unter sich nicht scharf abgegrenzt sind, die nur durch das Überwiegen und die verschiedene Gruppierung einzelner Symptome zu einem verschiedenen Typus werden. Er teilt die Erschöpfungspsychosen ein

1) in die leichtere Form, den Erschöpfungsstupor und die schwerere Form, die acute, heilbare Demenz;

2) in die Erschöpfungsamentia;
3) in das Delirium acutum exhaustivum.

Beyer (3) entwirft folgendes Krankheitsbild der akuten Verworrenheit. Er unterscheidet ein Prodromalstadium mit allgemeinen, nervösen Störungen und Klagen (Kopfweh, Mattigkeit, Reizbarkeit, labile Stimmung); die Kranken zeigen vorherrschend depressive Erscheinungen. Dieses Stadium daure mehrere Monate; dann folge akut einsetzender Beginn der Psychose mit Verlust der Orientierung, mit Illusionen, verhältnismäßig wenigen Hallucinationen; dauernde, wenn auch nicht sehr hochgradige Verwirrung der Wahrnehmung mit allmählichem Übergang in Aufklärung.

Die Krankheitsdauer bezeichnet er als kurz. Hoche (8) sagt über die Psychose selbst aus, daß die Wahnideen der Kranken keine festere Ausbildung erführen, zum Teil wegen des raschen Wechsels der großenteils von den Sinnestäuschungen abhängigen Vorstellungen, zum Teil auch wegen der Denkstörungen. Die motorischen Erregungen des Kranken seien zum Teil aufzufassen als Reaktion auf ihre mannigfachen und zahlreichen Sinnestäuschungen; zum größten Teil aber seien sie wohl als ein selbständiger Ausdruck des krankhaften Gehirnprocesses, also als eine den übrigen Krankheitssymptomen koordinierte Erscheinung anzusehen. Somatische Begleiterscheinungen seien nicht regelmäßig. Häufig finde man flüchtige Differenz der Pupillen bei erhaltener Reaktion, ferner Tremor der Hände und der Zunge. Das Körpergewicht nehme im Anfang stark ab, zeige während der Dauer der Krankheit Schwankungen und steige bei der Genesung wieder an. Er macht sogar eine Besserung im psychischen Verhalten in Bezug auf die Prognose abhängig von einem gleichzeitigen Anstieg der Körpergewichtskurve. Differentialdiagnostisch grenzt er die Amentia ab gegen Collapsdelirium auf Grund ihrer längeren Krankheitsdauer; gegen Delirium tremens auf Grund dessen charakteristischer Merkmale; gegen Manie, indem diese niemals eine so große Störung in dem Auffassungsvermögen und in der Denktätigkeit des Patienten macht; gegen circuläres Irresein, ndem diese Psychose als beweisend für sich das perioden-

weise Auftreten in Anspruch nehme, während der einzelne Anfall allerdings sehr dem der Amentia ähnelte. Vor allem aber und unbedingt müsse für die Diagnose Amentia der anamnestisch nachweisbare Faktor der vorausgegangenen Erschöpfung vorhanden sein.

Sehr klar und übersichtlich, alles zusammenfassend und einordnend, hat Raecke (4) das Bild der Erschöpfungspsychosen beschrieben an der Hand mehrerer typischer Fälle.

Er unterscheidet bei diesen Psychosen zwei Gruppen, die sich weniger im Typus als in der zeitlichen Dauer der einzelnen Krankheitsphasen unterscheiden. Raecke unterscheidet in der ersten Gruppe 5 von einander gut abgegrenzte Stadien im Krankheitsverlauf.

1) Das Prodromalstadium, dessen Dauer wenige Tage betrage. In diesem Stadium zeige der Kranke allgemeine, nervöse Beschwerden und gemütliche Reizbarkeit.

2) Ausbruch der eigentlichen Psychose: plötzlich und stürmisch mit massenhaften Sinnestäuschungen meist elementarer Art (der Kranke höre Kanonendonner, Schießen, Brausen etc.) mit schwerer Bewußtseinstrübung; Wahnvorstellungen in buntem Wechsel; der Kranke zeige zugleich die heftigste, motorische Erregbarkeit, biete das Bild verschiedenartigst gefärbter Affekte, vorherrschend sei eine ängstliche Ratlosigkeit. Er zeige primäre Incohärenz und Perseveration. Die tiefe Desorientiertheit würde im Anfang zeitweise durch weitgehende Remissionen mit Krankheitseinsicht unterbrochen.

3) Amphiboles Stadium: Die sich anbahnende Aufhellung wechsle noch ab mit Zeichen stärkerer Verwirrtheit und Unruhe. Die Merkfähigkeit sei sehr gering.

4) Stadium der Unzufriedenheit: Mit der langsamen Rückkehr des Orientierungsvermögens würde der Kranke reizbar und mißtrauisch; er drängte fort, zeige keine Krankheitseinsicht. Zuweilen könne man von einem paranoischen Zustand sprechen.

5) Stadium der eigentlichen Reconvalescenz: Die Orientierung ist völlig wieder hergestellt. Krank-

heitseinsicht tritt ein, und es zeigt sich eine Korrektur der Wahnvorstellungen. Zugleich ändert der Kranke sein Verhalten gegen seine Umgebung; während er bislang sich mißtrauisch und ängstlich zeigte, wird er jetzt dankbar und freundlich. Die Rückerinnerung an die Krankheit selbst bleibt sehr lückenhaft. Zeitweise treten noch Beeinträchtigungsideen auf. Das psychische und sonstige körperliche Verhalten zeigt noch gewisse Schwächezustände. Die Kranken klagen über Schwindel beim Bücken, Kopfschmerzen; fangen leicht und bei geringen Anlässen an zu weinen; geringe körperliche Arbeit ermüdet sie leicht; der Schlaf ist schlecht. Das Körpergewicht hebt sich aber beträchtlich. In einem Fall sei während der Reconvalescenz eine Gewichtszunahme von 27 ℔ konstatiert.

Die zweite Gruppe zeigt nach Raecke denselben klinischen Verlauf. Sie weicht nur insofern ab, als das Prodromalstadium länger, Wochen und Monate, dauert. Der Ausbruch der Psychose erfolgt weniger plötzlich und stürmisch. Im dritten Stadium ist die Zeit der motorischen Erregung kürzer, dafür ist das Stadium der apathischen Ratlosigkeit um so länger.

Siemerling (1) charakterisiert die Amentia kurz »als eine Geistesstörung, ausgezeichnet durch plötzliches Einsetzen traumhafter Bewußtseinsstörungen mit Verwirrtheit; zahlreichen, sehr lebhaften, unzusammenhängenden Hallucinationen und Illusionen; Veränderungen in der motorischen Sphäre, die sich als gesteigerter Bewegungsdrang und stupuröse Hemmung darstellen. Die Wahnideen sind wechselnd, flüchtig und regellos, selten fest gehalten, und nicht in ein System gebracht«.

Die Ursachen der Entstehung der Krankheit sind, wie schon der Name sagt, äußere Momente, die in irgend einer Weise sowohl die Widerstandsfähigkeit und Kraft des Körpers herabsetzen, als auch besonders die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems soweit erniedrigen, daß es plötzlich einem besonders schweren Insult nachgibt.

Worauf die Schädigung des Nervensystems beruht, ob auf einer Ernährungsstörung (Hoche 8), ob auf toxischer

Grundlage, wie Stransky (7) will, der die Amentia überhaupt auffaßt als schwere, allgemeine Erkrankung auf toxischer Grundlage, von der die Psychose nur eine Teilerscheinung bildet, das wissen wir nicht.

Als äußere Momente zur Entstehung der Krankheit kommen alle äußerlichen Schädigungen in Betracht, denen der menschliche Organismus ausgesetzt ist. Siemerling (1) erwähnt: Infectionskrankheiten, Lactation, Menstruationsvorgänge, Puerperium (kommt nach Strohmayer (9) sogar in 30 % ätiologisch in Betracht), Klimacterium mit seinen körperlichen Umwälzungen, starke Blutverluste nach Trauma etc., sonstige Erschöpfungen nach schweren körperlichen Erkrankungen. Ferner Erschütterungen des Gemütes: Schreck, Kummer, Sorgen, geistige Überanstrengung. Heredität spielt nach Siemerling (1) keine Rolle bei der Entstehung der Krankheit. Verschiedentlich habe die Anamnese angeborene geistige Schwäche ergeben. Nach Strohmayer (9) soll erbliche Belastung in 43 % vorliegen.

Die Häufigkeit der Psychose ist aus den angeführten Ursachen bei Männern geringer als bei Frauen. Der Prozentsatz, der von allen Geistesstörungen auf die Amentia entfällt, ist bei Männern 5,2 %, bei Frauen 11,5 %.

Die Prognose ist nach Siemerling (1) in einem Drittel der Fälle günstig. Ein großer Teil endet tötlich, ein anderer Teil geht in einen chronischen Erregungszustand über mit zunehmender Verblödung. Strohmayer (9) konnte von seinen 110 Kranken 66 geheilt entlassen. Von diesen sind 61 gesund geblieben.

Die Schädigungen der Krankheit sind sehr ernst und eine sorgfältige Anstaltspflege und genaue Überwachung ist durchaus notwendig. Die Kranken neigen zu Suicidgedanken; körperlich werden sie stark heruntergebracht durch die anhaltende, motorische Erregung; durch die quälende Schlaflosigkeit; durch die infolge des Appetitmangels leicht entstehende Unterernährung. Durch diese Schädigungen erliegen sie häufig zufällig hinzutretenden somatischen Krankheitsprozessen wie Herzinsufficienz, Phlegmonen, Tuberculose etc.

Die Dauer der Krankheit ist verschieden, von wenigen

Tagen bis Wochen, meist mehrere Monate (6—9), vereinzelte Fälle 1 Jahr und länger. Heilung ist noch nach Jahren möglich.

Angeborene geistige Schwäche, sowie hereditäre Belastung zeigen keinen Einfluß auf den mehr oder minder schweren Verlauf der Krankheit. Es kommen schwer Belastete ebenso gut zur Heilung wie solche ohne.

Nach dieser allgemeinen Übersicht über das Krankheitsbild der Amentia möchte ich nun zu einem Fall mich wenden, der in der Kieler Universitätsnervenklinik zur Beobachtung kam und der in sehr ausgesprochenem Maße das typische Krankheitsbild zeigt, sowohl in ätiologischer Beziehung als auch was den Verlauf selbst angeht. Die Ätiologie ist in mehr als einer Hinsicht interessant, und ich werde mir erlauben, nach Anführen der Krankengeschichte und einer Epicrise über den Fall, noch näher darauf einzugehen.

Auszug aus der Krankengeschichte des Schuhmachers W. Th., geboren am 10. September 1857, in die Klinik aufgenommen am 6. November 1908, entlassen am 20. März 1909.

Vater lebt, ist gesund, 70 Jahre alt. Mutter ist an Altersschwäche getsorben. Geschwister gesund. Pat. ist als Kind nicht krank gewesen; hat nicht gedient. Ging mit 23 Jahren nach Amerika, war dort 1 Jahr ca. krank an Typhus. Seit 10 Jahren lebt er in Bl. und verdiente bis zu einem Unfall im Oktober 1902 gut als Schuhmacher und später als Kiesgrubenarbeiter. Er soll nie getrunken haben. höchstens Sonntags gelegentlich Bier; wenig geraucht.

Am 20. Oktober 1902 erlitt Patient durch Quetschung zwischen zwei Lowrys eine schwere Verletzung. Der erste behandelnde Arzt konstatierte einen Beckenbruch rechts und eine Verletzung der Unterleibshöhle. Nach 6 Wochen ärztlicher Behandlung und Bettruhe konnte Pat. aus dem Bett aufstehen und Gehversuche mit zwei Stöcken machen. Es blieben aber Beschwerden neurasthenischer Art: Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schmerzen in der rechten Seite.

Zunächst hatte Pat. nun eine Vollrente bewilligt erhalten. Am 23. Februar 1903 wurde Pat. in der chirurgischen Universitätsklinik in Kiel begutachtet, und hier wurde festgestellt, daß die Bewegungen des rechten Beines im Hüftgelenk um 30—40° verringert und schmerzhaft seien. Seine Arbeitsfähigkeit wurde auf 33⅓ % geschätzt.

Am 5. Mai 1903 wurde Pat. wieder von seinem ersten Arzt, Dr. Cl. in B., begutachtet und gab an, er habe noch heftige Schmerzen im Unterleib besonders bei Arbeitsverversuchen (Schustern). Auch sei er nach dem Unfall leicht erregbar und ungeduldig; Kribbeln im ganzen Körper hindere ihn, so daß er aufhören müsse, zu arbeiten. Der begutachtende Arzt nahm eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % an. Am 2. Juni 1903 wieder in der Kieler chirurgischen Klinik begutachtet, wurde bei Pat. erhebliche Besserung seines Hüftleidens konstatiert, zugleich aber beginnender Leistenbruch rechts und Bruchanlage links. Die Rente wurde auf 66⅔ % herabgesetzt. Nach einer Behandlung in der chirugischen Klinik wurde die Rente auf 40 % festgesetzt. Daraufhin legte Pat. im Januar 1904 Berufung beim Schiedsgericht in Schleswig ein. In der Verhandlung am 20. Februar 1904 sagte Pat. aus, er habe ein Nervenleiden, dessen Sitz im Rücken und in der Brust sei. Geheimrat Prof. Dr. Helferich gab im März 1904 auf Aufforderung des Schiedsgerichtes sein Gutachten unter anderem dahin ab, daß nervöse Beschwerden bei Pat. glaubhaft seien. Im übrigen sei der Befund unverändert, außer einer beschleunigten Herzaktion. Neu sei das allgemeine Nervenleiden, das eine indirekte Folge des Unfalls sein könnte. Pat. erhielt nach diesem Gutachten 50 % Rente. In einem neuen Gutachten vom 6. April 1905 erhielt Pat. wieder 33⅓ % Rente. In weiteren Gutachten, die von dem Schiedsgericht, bei dem Pat. Berufung einlegte, erbeten wurden, wird erwähnt, daß Pat. den Eindruck eines nervösen Menschen mache. Objektiv sei nur Pulsbeschleunigung zu konstatieren. Pat. selbst sagt in einem Schreiben an das Reichsversicherungsamt unter anderem, er habe in etzter Zeit häufig Kopfschmerzen mit Gedankenlosigkeit.

Spätere Gutachten führen übereinstimmend die Beschwerden des Pat. auf Blutarmut und Nervenschwäche zurück. Der objektive Befund am Bein sei unbedeutend. In einem Gutachten vom 4. Juli 1908 wird gesagt, Pat. simuliere seinen hinkenden Gang und seine Beschwerden seien übertrieben. Die Rente wurde ihm auf 33⅓ % festgesetzt. Pat. legte wieder Berufung beim Schiedsgericht ein mit der Begründung, daß sein Leiden sich verschlimmert habe. Kopfschmerzen und Gedankenlosigkeit hätten zugenommen. Der Stuhlgang enthielte Blut. Die Berufung wurde verworfen. Darauf legte Pat. Rekurs beim Reichsversicherungsamt ein. Er richtete folgendes Schreiben an dasselbe: »Auf Grund meines Wissens, des Lesens meiner Akten, meines Rechts, stelle ich auf Grund meiner Gefühle fest, daß in mir etwas schüttelndes, nicht fest dastehendes ist . . . Das Reichsversicherungsamt verschob die Angelegenheit.

Inzwischen hatte Pat., um mehr Geld zu verdienen, neben seiner Beschäftigung als Schuhmacher die Stelle des Nachtwächters übernommen. Seit dem letzten Bescheid der Herabsetzung der Rente sei, nach einem Bericht des Dr. med. Cl., der Nervenzustand erheblich schlimmer geworden. Die Gedanken des Pat. beschäftigten sich nur noch mit der Rente. Zugleich soll er an Schlaflosigkeit gelitten haben. Seit dem 29. Oktober 1908 seien Wahnideen aufgetreten, die immer auf die Rente Bezug nahmen. Sein Zustand verschlimmerte sich mehr und mehr, so daß Dr. Cl. die Überführung des Pat. in eine Nervenklinik beantragte wegen gemeingefährlicher Geisteskrankheit.

Am 6. November 1908 wurde Pat. in der Kieler Universitätsnervenklinik aufgenommen. Der ihn begleitende Bruder gibt an: nachdem Pat. ein Teil der Unfallrente abgezogen sei, habe Pat. geglaubt, er könne seine Familie nicht vom Schuhmachergeschäft allein ernähren und er habe deshalb einen Nachtwächterposten außerdem übernommen. Seit 10 Tagen führe er wirre Reden, sei tobsüchtig geworden, verkenne seine Umgebung, glaube, er sei Gott, halte die Bettschluppe für den Teufel, wolle nach Kiel zum Kaiser, höre Kanonendonner, sehe Feuer etc.

Bei seiner Aufnahme bot Pat. folgenden Befund:

Status somaticus.

Körpergröße 1,72 m. Gewicht 60 kg. Kräftiger Knochenbau; mäßiger Ernährungszustand. Gesicht und sichtbare Schleimhäute blaß. Schädel o. B. Pupillen gleich weit, nicht ganz rund. Reaktion auf Licht und Konvergenz beiderseits positiv.

Augenbewegungen frei.

Keine artikulatorische Sprachstörung.

Zunge dick belegt; zittert beim Herausstrecken; weicht etwas nach rechts ab.

Rachenreflex gesteigert.

Tremor manuum.

Reflexe o. E. nicht gesteigert.

Mechanische Muskelerregbarkeit erhöht. Geringes vasomotorisches Nachröten.

Kniephänomen lebhaft.

Achillessehnenreflex positiv.

Gang etwas steifbeinig, mit kurzen Schritten (wahrscheinlich Folge des alten Beckenbruches).

Romberg negativ.

Cremasterreflex schwach, Abdominalreflex lebhaft.

Pinselberührung lokalisiert; Schmerzempfindung normal.

Puls 96, regulär, kräftig.

Fühlbare Arterien rigide.

Innere Organe o. B.

Status psychicus.

Pat. ist über Ort, Zeit, Grund seines Aufenthaltes in der Klinik orientiert. Zu Haus habe er immer in Papieren herumstudiert, habe sich sehr elend gefühlt und geglaubt, er müsse sterben. Er habe dann zum lieben Gott und zum heiligen Geist gebeten, ihn sterben zu lassen. Er habe das Bild der Auferstehung gesehen und Rauch auf dem heiligen Berg. Die Herabsetzung der Rente habe ihn sehr erregt; er habe keine Ruhe gehabt, nicht genug für seine Familie verdient, immer knapp gelebt etc. (Während der Untersuchung fängt Pat. an zu weinen).

Am folgenden Tag ist Pat. sehr unruhig, ist nicht im Bett zu halten, tobt im Saal umher; auch das Dauerbad verläßt er immer wieder.

Am 7. Novemb. steigert sich seine motorische Erregung derartig, daß er einen Angriff auf den Pfleger macht und ihn würgt. Er redet fortwährend laut, hastig, in zusammenhangloser Weise; seine Erregung steigert sich während der nächsten Tage immer mehr; er sieht alles voll Feuer, hält sich für Christus, die Ärzte für den Kaiser und Prinz Heinrich. Am 8. Nov. macht er einen zweiten Angriff auf den Pfleger. Zeitweise ist es möglich, ihn aus seinen Ideen herauszubringen, so daß er auf Fragen nach Ort, Zeit etc. richtige Antworten gibt. Vom 9. Nov. ab zeigt er sich völlig verwirrt und gibt auf Fragen falsche, zusammenhanglose Antworten; bleibt fortgesetzt unruhig, schlägt gegen seine Zelle; beschmiert alles mit Kot; redet mit lauter heftiger Stimme. Eine Sprechprobe aus dieser Zeit: »Ich muß erst elektrisch leicht sein. Wollen Sie mal aufpassen (zum Fenster hinaus): Das ist doch nicht der Richtplatz! Ich bin nur bei Nacht zu gebrauchen (sehr häufig bei ihm wiederkehrend). Nachts habe ich mich da als Teufel gesehen. (Zum elektrischen Licht weisend): Ich habe Bilder gesehen, wie der Kaiser in Schiffen gefahren ist. Da ist Rauch von dem Schornstein. Wie ich zu Hause war, hat es gebrannt auf dem heiligen Berg.«

Pat. verweigert in dieser Zeit jede Nahrungszufuhr, spuckt alles wieder aus.

Vom 10. November ab ist er etwas ruhiger. Nimmt die Fütterung an; spricht noch viel mit hastiger, erregter Stimme; manchmal ist er ängstlich und furchtsam »glauben Sie, meine Herren, daß ich über Tag und Nacht bestimme . . . aber schlagen Sie mich nicht.« Er weint häufig beim Sprechen, hat noch zahlreiche Sinnestäuschungen. Bei Fragen nach seinen Verwandten etc. ist er ratlos und verlegen.

Am 17. November liegt er ruhig zu Bett, zeigt ständig ein eigenartiges Lächeln. Er weiß nicht, wo er ist. Am 19. XI. liegt er regungslos im Bett, die Arme in gezwungener Weise emporgezogen, die Hände in übermäßig pronierter

Stellung. Der Gesichtsausdruck ist gespannt, er zeigt kein Lächeln. Auf Fragen gibt er teilweise richtige, aber unbestimmte, sehr zögernde Antworten. Halluciniert dabei beständig leise vor sich hin. Dieser ängstlich, abwehrende Zustand dauert bis Anfang Dezember. Am 5. Dezember macht er einen besseren Eindruck, lächelt; es haftet ihm aber immer noch etwas ratloses, resigniertes an. Antworten gibt er richtig, in abgehackter Sprache Orientierungsvermögen scheint wiederzukommen; Appetit und Schlaf wird besser. Von Mitte Dezember ab wird er freier und bleibt ruhig. Er erkundigt sich, noch immer mit abgehackter Sprache, nach seinen Angehörigen. Zeitliche Orientierung ist vorhanden, Umgebung erkennt er nicht. Vom 8. Januar 1909 ab wird seine Stimmung wieder gedrückter und weinerlich. Er fragt viel nach seinen Angehörigen. Nach dem Aufstehen fühlt er sich sehr schwach. Ende Januar ist er örtlich und zeitlich orientiert, kennt auch die Namen seiner Umgebung. Seine Stimmung bleibt sehr labil. Bei den täglichen Visiten weint er und sehnt sich nach Hause. Mitte Februar gibt er auf Befragen an, es gehe ihm einigermaßen, wenn er sich in Ruhe befinde. Die Gedanken seien dann soweit klar. Er schlafe abends bis gegen 12 oder 1 Uhr, könne dann nicht wieder einschlafen. Stimmen höre er garnicht mehr. Er wisse, wie er in die Klinik gekommen sei; von der darauf folgenden Zeit wisse er nichts. Er erzählt auf Befragen von seinem Nebenberuf als Nachtwächter und von den Rückenschmerzen, die er beim Schustern verspürt habe. Seit seinem Unfall habe er nicht mehr gut schlafen können, und sein Gedächtnis habe nachgelassen. Leichte Arbeit könne er jetzt tun, schwerere mache ihm heftige Rückenschmerzen; auch im Kopf sei ihm dann nicht gut, er habe Schwindelanfälle und schlafe schlecht. Im Sommer, überhaupt bei milden Wetter, sei ihm immer besser als im Winter. Seine Rückenschmerzen bezeichnet er als brennend und stechend und so heftig, daß er außer Stande sei, arbeiten zu können. Er müsse sich immer erst einige Zeit aufrichten, dann würde es besser. (Bei der Erzählung rötet sich sein Gesicht sehr stark).

Eine körperliche Untersuchung ergibt folgenden Befund:

Kräftiger Knochenbau, mäßige Muskulatur, mittlerer Ernährungszustand. Gesicht und sichtbare Schleimhäute anämisch. Schädel auf Druck und Klopfen nicht empfindlich.

Pupillen gleich rund, gleich weit; reagieren beiderseits auf Licht und Konvergenz. Augenbewegungen frei. Gesichtsfeld sehr gering links mehr eingeschränkt als rechts.

Keine artikulatorische Sprachstörung. Tremor der Zunge beim Herausstrecken.

Grobschlägiger Tremor manuum.

Reflexe o. E. schwach.

Mäßiges vasomotorisches Nachröten. Dynamische Kraft R 85 L 45 kg. Grobe Kraft bei Widerstandsbewegungen gut. Aktive und passive Beweglichkeit frei. Wirbelsäule nicht druckempfindlich.

Patellar- und Achillessehnenreflex schwach, Babinski negativ. Cremaster- und Abdominalreflex lebhaft.

Beide Beine können gehoben werden, das rechte nur mit Mühe bis zur vollen Höhe; es ist angeblich seit dem Unfall schwächer und kälter. Augenblicklich ist kein Temperaturunterschied festzustellen.

Gang sicher.

Die großen Nervenstämme nicht druckempfindlich. Romberg negativ. Pat. kann, ohne sich festzuhalten, mit dem rechten und linken Bein voran, auf einen Stuhl steigen, rechtes Bein voran etwas mühsam. Der Puls ist danach 108 in der Minute, nicht ganz regelmäßig, gleichmäßig.

Herztöne rein. Arterien rigide.

Ende März 1909 ist seine Stimmung noch hypochondrisch. Sein Gesichtsausdruck ist verstimmt und mutlos. Auf Befragen antwortet er: er habe keine Schmerzen, aber es sei nicht richtig mit ihm. Er steht auf, hilft mit im Haus, schläft meist gut. Beim Bücken habe er noch immer ein eigenartiges Gefühl im Kopf, aber keinen Schwindel mehr. Sein Verstand und seine Gedanken seien klar. Seine Haltung, Bewegung und Sprache ist immer noch traurig und energielos. An die Bahnfahrt zur Klinik könne er sich noch erinnern, über das weitere könne er nichts angeben.

Es sei ihm wirr im Kopf gewesen. Am 20. März wird er auf Wunsch geheilt entlassen. Das Körpergewicht ist gestiegen von 58 auf 60 kg.

Epicrise.

Wir haben es im vorliegenden Fall mit einem 42 jährigen Mann zu tun, der an einer akut einsetzenden Psychose erkrankte, die nach 5 monatlichem Aufenthalt in der hiesigen Nervenklinik abgelaufen war, so daß Patient als vorläufig geheilt, zur Entlassung kommen konnte.

Anamnestisch liegt keine hereditäre Belastung oder irgend ein anderer ätiologischer Faktor vor. Die körperliche Konstitution des Pat. ist also vor dem Auftreten der Krankheit eine gesunde gewesen. Infolge des in der Krankengeschichte erwähnten Unfalls und der sich daran knüpfenden zahlreichen bleibenden, teils wirklichen, teils eingebildeten Beschwerden, infolge der daraus resultierenden, sehr zahlreichen Begutachtungen, ärztlichen Behandlungen, Auf- und Absteigen der bewilligten Unfallsrente, Berufungsklagen seitens des Patienten, gerichtlichen Verhandlungen, kommt Patient in den 6 Jahren dieses Streites geistig und körperlich sehr herunter. Die sicher vorhanden gewesene materielle Notlage führt infolge der damit verbundenen, lange dauernden Unterernährung zu einem geschwächten Körper (s. o. Status somaticus), zu Anaemie etc. Wichtiger und stärker sind aber für den Patienten die Einwirkung der ständigen Sorgen um die Ernährung seiner Familie, die ständige Aufregung und Angst um die Rente, das ständig gedrückte Gefühl, seine vermeintlichen Beschwerden nicht anerkannt zu sehen, seine eingebildete ungerechte Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit. Sie alle erschöpfen sein Nervensystem derartig, daß es sich in einem ständigen Reizzustand befindet, daß die geringsten äußerlichen Anlässe schwere Insulte bedeuten, daß es allmählich die Widerstandsfähigheit, die ein normales Nervensystem der Außenwelt gegenüber hat, einbüßt. Dieser Reizzustand erhöht sich natürlich von Verhandlung zu Verhandlung und scheint in der Zeit des schwebenden Urteils vom Berufungsgericht den Höhepunkt erreicht zu haben.

Als den Pat. dann der Bescheid ereilt, seine Berufung sei abgelehnt, da bricht er zusammen. Sein Schreiben an das Reichsversicherungsamt zeigt schon die sich vorbereitende Psychose. Seine Gedanken beschäftigen sich nur noch mit der Rente. 14 Tage nach dem Bescheid des Schiedsgerichtes treten Wahnideen auf; das total erschöpfte, überreizte Gehirn entladet sich in einer Psychose.

Während das Prodromalstadium der zweiten Gruppe, die Raecke von den Erschöpfungspsychosen aufstellt (s. o.), entspricht, geschieht der Ausbruch stürmisch einsetzend, der ersten Gruppe gleichend; wir finden die Sinnestäuschungen elementarer Art (Kanonendonner, Feuer), die Wahnvorstellungen (Gott, Christus), heftige motorische Erregung (Angriffe auf den Wärter), völlige Verwirrtheit und Ratlosigkeit. Im Anfang zeitweise orientiert über Ort, Zeit, tritt bald völlige Desorientiertheit auf. Mit nachlassender motorischer Erregung wird Pat. ängstlich und ratlos und zeigt mehr und mehr katatonische Symptome (Zwangsstellungen, Grimassieren, Negativismus); zugleich tritt beginnende Aufhellung ein. Mitte Dezember ist zeitliche Orientierung vorhanden; die katatonischen Symptome sind überwunden bis auf eine gewisse, ängstliche Resigniertheit. (Raecke, Stadium 3) Während die Aufhellung weitere Fortschritte macht, fällt Patient Anfang Januar noch einmal wieder in eine gedrücktere, weinerliche Stimmung, sehnt sich nach Haus etc., während die Orientierung auch für seine Umgebung wieder eingetreten ist. Mitte Februar ist die Orientierung völlig wiederhergestellt, die Reconvalescenz bahnt sich an. Psychisch wieder vollkommen klar, klagt Patient nur noch über gelegentlichen Schwindel, Kopfschmerz und körperliche Mattigkeit (Stadium der Reconvalescenz, Raecke).

Vorgeschichte, Entstehung und Verlauf des vorliegenden Falles bilden zwanglos und lückenlos das typische Krankheitsbild der Erschöpfungsamentia. Differentialdiagnostische Bedenken sind eigentlich garnicht anzustellen. Gegen Manie spricht der durchaus verschieden gefärbte Affekt im Verlauf der Psychose und das längere Zeit getrübte Bewußtsein; gegen Dementia paralytica das Fehlen somatischer

Symptome; gegen das sonst sehr ähnliche Bild des Collapsdelirium die negative Anamnese und die lange Dauer der Krankheit; gegen katatonische Verwirrtheit die schwere Bewußtseinstrübung und die Desorientiertheit. Die Diagnose »Amentia auf dem Boden geistiger und körperlicher Erschöpfung« besteht also zu Recht.

Weiter ist aber sehr interessant an dem Fall, daß die, die Amentia vorbereitende Erschöpfung unmittelbare Folge der Unfallversicherungsgesetzgebung ist; denn zweifellos ist doch der kurze Sachverhalt so, daß die nervösen Störungen nach dem Unfall durch den Kampf um die Rente bis zu dem Höhepunkt gebracht wurden, daß die Ablehnung der letzten Berufung bei dem Patienten die Psychose auslöste.

Sachs und Freund (11) teilen zwei ganz ähnliche Fälle mit, nur die Psychosen zeigen ein anderes Bild. Der erste Fall betrifft einen vorher gesunden Rangierarbeiter, der im Betrieb eine Kontusion des rechten Kniegelenks erhielt. Der Streit und Kampf um die Rente löste bei ihm allmählich Verfolgungsideen aus, die sich im Laufe der Zeit zu einem festen Wahngebäude ausbauten, indem sein ganzes geistiges Leben von der einen Vorstellung der seiner Meinung nach ungerechten Beurteilung seiner Rentenansprüche beherrscht wird.

Im zweiten Fall handelt es sich um einen 32 jährigen Dachdecker, der durch Herabstürzen vom Dach sich schwere Verletzungen zuzog. Infolge eigenartiger Verkettung von Umständen erhielt er nicht soviel Rente, wie er glaubte, beanspruchen zu können und kam so in Uneinigkeit mit den Behörden.

Bei ihm kam es mit der Zeit zu »krankhafter Nervosität und hochgradiger Gereiztheit«, die sich bei Untersuchungen in Wutanfällen, Bedrohungen und Beschimpfungen der Ärzte äußerte. Er hielt sich allmählich für verfolgt und beobachtet; »die gemeine Bande, die Lumpengesellschaft gönne es ihm nicht, daß er einen guten Rock trage etc«. In diesem Fall blieb es bei diesen hochgradigen Beeinträchtigungsideen; Intelligenz und Gedächtnis blieben gesund.

Auch hier bildete den ganzen Inhalt der Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen das Verhältnis des Patienten zu den Berufsgenossenschaften und Ärzten.

Geistesstörungen mit dieser im großen und ganzen übereinstimmenden Ätiologie sind nach den Nachforschungen von Freund und Sachs äußerst selten. Die Nachforschungen der beiden Autoren erstreckten sich auf ein Material von 20000 Unfällen und mündlichen Anfragen bei verschiedenen Irrenärzten.

Daß es also im Kampf um die Rente direkt zur Ausbildung einer Psychose kommen kann, steht außer Frage. Diese traurigen Folgen einer äußerst sozial gestalteten, humanen Gesetzgebung sind aber Gott sei Dank zu selten, als daß man allein die Handhabung der Rentenverteilung dafür verantwortlich machen könnte. Wir sind gezwungen, bei solchen Patienten doch eine Disposition irgend welcher Art, sei es körperlich, seien es häusliche Verhältnisse, anzunehmen, die die Betreffenden hindert, sich mit den doch mehr oder weniger bei jeder Rentenverteilung einstellenden Zwistigkeiten zwischen Rentenempfänger einerseits und Rentengeber bezw. Rentenbeurteiler andrerseits auszugleichen.

* * *

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling, für die Anregung zu dieser Arbeit und Unterstützung bei ihrer Ausführung, sowie für die gütige Überlassung der Krankengeschichte meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1) Binswanger, Cramer, Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
2) Binswanger: Über die Pathogenese und klinische Stellung der Erschöpfungspsychosen. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 23 u. 24.
3) Beyer: Über eine Form d. akuten Verworrenheit im klimakt. Alter. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankh. 29. Bd., p. 182.
4) Raecke: Zur Lehre von den Erschöpfungspsychosen. Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie XI, Heft 1.
5) Raecke: Über Erschöpfungspsychosen: Zeitschrift für Psychiatrie Bd. LVII.
6) Fuchs: Zur Frage nach der Bedeutung der Remissionen im Verlauf einzelner Formen der akuten Psychosen. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie.
7) Stransky: Zur Lehre von der Amentia, Neurolog. Centralblatt p. 914.
8) Hoche: Akutes hallucinator. Irresein. Amentia. Deutsche Klinik, Bd. VI, 2. 197.
9) Strohmayer, Wilhelm: Zur Kasuistik, Diagnose u. Prognose der Amentia. Monatsschrift für Psychiatrie, Bd. XIV, Heft 5, pag. 417 und Habilitationsschrift. Jena, Berlin. S. Karger.
10) Jahrmärker: Zur Frage der Amentia. Centralblatt für Nervenheilkunde Bd. XVIII, pag. 588.
11) Sachs und Freund: Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen. Berlin, Fischer. 1899, S. 555.
12) Kräpelin: Lehrbuch der Psychiatrie, Bd. II, 1899.

Lebenslauf.

Ich, Heinrich Peter Nicolaus Remstedt, ev.-luth. Konfession, bin geboren am 21. November 1884 zu Altona a/E.; ich besuchte das städtische Realgymnasium, wo ich Ostern 1904 die Reifeprüfuug bestand. Ich bezog dann, um Medizin zu studieren, im S.-S. 1904 die Universität in Freiburg i. B., vom Wintersemester 1904/05 bis Sommersemester 1906 die Universität Kiel, wo ich Ende Sommersemester 1906 die medizinische Vorprüfung bestand. Im Wintersemester 1906/07 diente ich 6 Monate beim V. Bad. Inf.-Regt. No. 113 in Freiburg i. B. und bezog im Sommersemester 1907 die Universität München. Vom Wintersemester 1907/08 bis Wintersemester 1908/09 studierte ich wieder an der Universität in Kiel, wo ich am 18. Mai 1909 das medizinische Staatsexamen bestand.